

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

N°

359

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Gilbert SARFATI

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 7 avril 1927, à Tunis (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement, le

Les indications chirurgicales de la rétroversion utérine isolée

Président : M. VARANGOT, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545923_0055

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Gilbert SARFATI

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 7 avril 1927, à Tunis (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement, le



Les indications chirurgicales de la rétroversion utérine isolée

Président : M. VARANGOT, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (Et.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN Léon BINET, membre de l'Institut.
ASSESEUR Jean VERNE.

I — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.).
Anatomie pathologique	DELARUE (A.).
Bactériologie	FASQUELLE (R.).
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.).
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.).
Biologie médicale	FAUVERT (R.).
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.).
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.).
	Beaujon SICARD (A.).
	Cochin QUENU (J.).
Cliniques chirurgicales ..	Hôtel-Dieu MENEGAUX (G.).
	Salpêtrière MOULONGUET (P.).
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE-D'AUBIGNE (R.).
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART-D'ALLAINES (F.).
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie ..	FEVRE (M.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.).
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	DEGOS (R.).
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ..	.. DELAY (J.).
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.).
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.).
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.).
	Bichat JUSTIN-BESANÇON (L.).
	Broussais DE GENNES (L.).
Cliniques médicales	Cochin MOREAU (R.).
	Hôtel-Dieu BARIETY (M.).
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.).
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.).
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.).
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.).
Cliniques obstétricales Baudelocque	LACOMME (M.).
	Port-Royal VARANGOT (J.).
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.).
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.).
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.).
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.).
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.).
Clinique de puériculture	LELONG (M.).
Clinique rhumatologique médicale et sociale ..	COSTE (F.).
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.).
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.).
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.).
Clinique urologique	FEY (B.).
Embryologie	GIROUD (A.).

Génétique médicale	LAMY (M.).
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.).
Histologie	VERNE (J.).
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.).
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.).
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.).
Médecine du travail	DESOILLE (H.).
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.).
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.).
Pathologie exotique	LAVER (G.).
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.).
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.).
Pathologie médicale	DECOURT (J.).
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.).
Pédiatrie sociale	MARIE (J.).
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.).
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.).
Physiologie	BINET (L.).
Physique médicale	STROHL (A.).
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Technique chirurgicale	PATEL (J.).
Thérapeutique	BROUET (G.).

II — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	DELMAS (A.), pr. sans chaire
	CABROL (C.).
Anatomie pathologique	DEBEYRE (J.).
	OLIVIER (G.).
Bactériologie	GAUTHIER-VILLARD (M ^{lle}) (P.).
	pr. s. ch.
Biochimie médicale	BUSSER (F.).
	GOUYGOU (Ch.).
Biologie médicale	NEVOT (A.), pr. s. ch.
	CHRISTOL (D.).
Dermato-syphiligraphie	ETTORI (J.), pr. s. ch.
	DESGREZ (P.).
Embryologie	POLONOVSKI (J.).
	SCHAPIRA (R.).
Histologie	BOURLIERE (F.).
	DUPERRAT (F.).
Hydrologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.).
	COUJARD (R.).
Hygiène	N...
	N...
Maladies infectieuses	CORNET (A.).
	BOYER (J.), pr. s. ch.
Médecine légale	DEPARIS (M.), pr. s. ch.
	BASTIN (R.).
Médecine du travail	DEROBERT (L.), pr. s. ch.
	GAULTIER (M.).
Neuro-chirurgie	HADENGUE (A.).
	ALBAHARY (C.).
Neurologie	DAVID (M.).
	LHERMITTE (F.).
Obstétrique	GRASSET (J.).
	LE LORIER (G.).
	LEPAGE (F.).
	MERGER (R.).
	MORIN (P.).
	RAVINA (J.).
	ROBEY (M.).

Ophthalmologie	BREGEAT (P.). DESVIGNES (P.).
Orthopédie	JUDET (R.).
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.). MADURO (R.). BRUMPT (L.C.). CHABAUD (A.). ABOULKER (P.). BARCAT (J.). BAUMANN (J.). CAUCHOIX (J.). DUBOST (C.). FAUREL (J.). FLABEAU (F.). GERMAIN (A.). GOSSET (J.). LAURENCE (G.). LORTAT-JACOB (J.). MATHEY (J.). OLIVIER (Cl.). POILLEUX (F.). THOMERET (G.). VERNE (J.M.).
Pathologie chirurgicale	LÉPER (J.). MAURICE (P.). BOUDIN (G.). BOUVIER (J.B.). BRICAIRE (H.). BRISAUD (H.). CASTAIGNE (P.). CONTE (M.). DEROT (M.). DOMART (A.). LAMOTTE (M.). LAROCHÉ (C.P.). MACREZ (Cl.). MILLIEZ (P.). PEQUIGNOT (H.). PERRAULT (M.). RAMBERT (P.). ROYER (P.). THIEFFRY (St.). TURIAF (J.). WOLFROMM (R.). N...
Pathologie expérimentale	JOSEPH (R.). MOZZICONACCI (P.). POLONOVSKY (Cl.).
Pathologie médicale	CHEYMOL (J.), pr s. eh. LEVY (M ^{lle} J.), pr. s. ch. BARJETON (D.), pr. s. ch. PARROT (J.), pr. s. ch. DEJOURS (P.). DJOURNO (A.), pr. s. ch. GOUGEROT (L.). KREIS (B.). PICHOT (P.). MICHAUX (L.). DELBARRE (F.).
Pédiatrie	CERNEA (P.). CHAPUT (M ^{me} A.). CHASSAGNE (P.). KUSS (R.).
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-ptisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

	AMELINE (A.).
	HUGUIER (J.).
Clinique chirurgicale	LEGER (L.).
	PADOVANI (P.).
	ROUX (M.).
	DREYFUS (Gilbert).
Clinique médicale	HAGUENAU (J.), pr. s. ch.
	KOURILSKY (R.).
	MARCHAL (G.).
Clinique neurologique	DE SEZE (S.).
Clinique obstétricale	MAYER (M.).
Clinique ophthalmologique	OFFRET (G.).
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.).
Clinique psychiatrique	BARUK (H.).

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.).
Secrétaire	M ^{lle} CHAINTREUIL (G.).

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.).
Conservateur	M ^{lle} GOICHON (A.).
	M ^{lles} DUMAITRE (P.), LAU-
Bibliothécaires	RENT (H.), LE NOIR (G.),
	QUIEVREUX (E.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PERE, A MA MERE

qui m'ont permis ces études

A TOUS MES PARENTS

A Monsieur le Professeur VARANGOT,

*qui m'a fait l'honneur de présider
cette thèse*

et à toute l'équipe qui l'entoure, plus particulièrement au Docteur
CHARTIER, qui a inspiré et dirigé ce travail.

A Monsieur le Professeur Maurice LACOMME,

qui m'a fait aimer l'obstétrique

A Monsieur le Professeur Paul FUNCK-BRENTANO,

*Avec toute ma gratitude
pour son enseignement*

A Monsieur le Professeur Agrégé F. LEFAGE,

*qui m'a permis de perfectionner
mes connaissances obstétricales*

A Monsieur le Professeur Agrégé A. AMELINE

*qui m'a initié à la grande
chirurgie pelvienne*

A Monsieur le Docteur J. SEGUY,

*qui le premier m'a fait aimer
la gynécologie*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX.

A Jacqueline et Jean SENEZE,

dont l'amitié m'est si précieuse

A TOUS MES AMIS

Stages de la Faculté :

Novembre 1946 - Mars 1947, Monsieur le Professeur CHABROL.

Mars 1947 - Juin 1947, Monsieur le Professeur MONDOR.

Novembre 1947 - Mars 1948, Monsieur le Docteur LEIBOVICI.

Externat :

Mai 1948 - Mai 1949, Monsieur le Professeur QUENU.

Mai 1949 - Novembre 1949, Monsieur le Docteur GUY-ALBOT.

Novembre 1949 - Mai 1950, Monsieur le Docteur CAROLI.

Mai 1950 - Novembre 1950, Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL.

Novembre 1950 - Mai 1951, Monsieur le Professeur HAMBURGER.

Interne Provisoire :

Mai 1951 - Mai 1952, Monsieur le Docteur LEREBOULLET.

Internat :

Mai 1952 - Novembre 1952, Monsieur le Docteur J. SEGUY.

Novembre 1952 - Mai 1953, Monsieur le Professeur LACOMME.

Mai 1955 - Mai 1956, Monsieur le Professeur BROCCQ.

Mai 1956 - Novembre 1956, Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO.

Novembre 1956 - Mai 1957, Monsieur le Professeur VARANGOT.

Mai 1957 - Novembre 1957, Monsieur le Docteur AMELINE.

Novembre 1957 - Mai 1958, Monsieur le Docteur LEPAGE.

INTRODUCTION

A juger par le nombre d'articles originaux parus sur la rétrodévi-
ation utérine durant ces dernières années, le sujet intéresse actuelle-
ment peu les gynécologues. Les problèmes hormonaux, les cancers
génitaux méritent, certes, de polariser toutes les attentions, mais
l'imprécision certaine qui règne en matière de rétroversion est aussi
responsable de cet état de fait. Il s'agit pourtant d'un problème fréquent
de gynécologie courante; mais il n'a pas encore été nettement répondu
à quelques questions essentielles pour clarifier le sujet:

— quelle est la cause directe de la rétrodévi-
ation utérine, la lésion
de base ?

— la rétrodévi-
ation constitue-t-elle une anomalie ? Certains en
doutent devant la fréquence des rétrodéviations asymptomatiques ; ce
qui amène une autre question :

— Quel est le pourcentage de rétrodéviations entraînant des
troubles ?

Il n'est pas étonnant alors, de constater que les indications opéra-
toires sont très mal codifiées, le problème étant, de surcroît, aggravé
par une abondance de techniques chirurgicales (on en a dénombré
jusqu'à 125) témoignant de ce qu'aucune d'elles n'a fait l'unanimité.

Il n'est nullement dans notre intention, ni dans nos possibilités,
de régler tous ces problèmes, mais nous pensons apporter une contri-
bution modeste en essayant de préciser la question des indications
chirurgicales.

Nous limiterons volontairement notre étude à la rétroversion utérine
vraie du troisième degré, telle qu'elle est constatée chez une femme
en période d'activité génitale, ayant souvent présenté un ou plusieurs
accouchements dans les antécédents ; rétroversion apparemment isolée
sans autres troubles de la statique pelvienne ni lésions grossières asso-
ciées à l'examen clinique. Nous éliminerons ainsi :

- la rétrodévi-
ation congénitale de la jeune fille ;
- la rétrodévi-
ation associée à la stérilité ;
- la rétrodévi-
ation de la femme enceinte ;
- la rétrodévi-
ation symptôme contingent lorsqu'elle s'associe à un
prolapsus, une tumeur pelvienne évidente, ou des lésions infectieuses
tubaires patentes.

Ceci posé, la question des indications chirurgicales doit être divisée
en deux parties :

1) Problème de l'indication opératoire ; il est mal codifié parce
qu'on n'établit pas avec assez de rigueur une relation de cause à effet
entre rétrodévi-
ation et symptômes cliniques. Et nous proposons, après

beaucoup d'autres, mais sans que ceci ait fait, à notre connaissance, l'objet d'une étude détaillée, **l'épreuve du pessaire**.

2) Problème de la technique à employer : on peut légitimement être découragé par la multiplicité des techniques chirurgicales proposées, chacune ayant ses défenseurs et ses détracteurs, chacune ayant donné succès et échecs au même opérateur. Mais presque aucune des interventions proposées n'a réellement de prétentions pathogéniques. Le raccourcissement des ligaments ronds, par exemple, par quelque moyen qu'on le réalise, peut corriger la rétroversion, il ne s'attaque certainement pas de l'avis même de ceux qui le pratiquent à la **cause réelle** de la rétrodéviatioin ; la ligamentopexie corrige la rétroversion mais ne la guérit pas.

La lésion initiale siège vraisemblablement au niveau de l'appareil de soutien de l'utérus. Les intervention s'adressant aux ligaments utéro-sacrés ou au péritoine qui les recouvre, c'est-à-dire le cul-de-sac de Douglas, sont déjà plus satisfaisantes pour l'esprit. Il est très intéressant de constater que deux auteurs américains, ALLEN et MASTERS (Traumatic laceration of uterine support : American Journal of Obstetrics and Gynecology, septembre 1955) ont pu montrer la fréquence de **lésions objectives** du feuillet péritonéal postérieur et de la base du ligament large, lésions dont la réparation chirurgicale assure, ipso facto, le rétablissement de la position utérine normale sans récidence ultérieure. Nous rapportons ici quelques cas, encore rares, de telles lésions, ainsi que les différents essais chirurgicaux effectués.

En conclusion, clarification du problème des indications opératoires grâce à l'épreuve du pessaire, recherche des techniques essayant de s'adresser à des lésions précises de l'appareil de soutien, voilà les faits que nous essaierons de dégager de cette étude.

HISTORIQUE

Son étude n'est pas une question de pure forme ; il est intéressant de constater la variabilité des opinions des auteurs sur ce sujet.

Dans l'antiquité, on méconnaissait totalement la rétrodéviatiou utérine. Toutefois, parmi les écrits d'Hippocrate, il y a une référence à un état qui peut avoir signifié rétroversion.

Au VI^e siècle, AETIUS décrivit la « réinclination » de l'utérus.

Ambroise PARE en parle vaguement.

Ce n'est qu'au XVIII^e siècle qu'on commence à s'intéresser à la question. La rétrodéviatiou est considérée comme très rare chez la femme non enceinte, mais est reconnue comme une complication durant la grossesse (DESGRANGES 1715, GREGOIRE 1746), complication survenant après le quatrième mois et pouvant entraîner la mort. Les premières tentatives de reposition sont pratiquées avec des résultats désastreux à cause des accidents vésicaux. Certains considèrent la distension urinaire comme la cause essentielle, et font du cathétérisme répété de la vessie le traitement de base (« la vessie est tout, l'utérus n'est rien »).

Le XIX^e siècle (jusqu'en 1881) est caractérisé par deux faits :

- 1) On découvre la rétrodéviatiou chez la femme non enceinte ;
- 2) On utilise des pessaires.

1. — **On découvre la rétrodéviatiou chez la femme non enceinte** et on la juge même fréquente : OSLANDER, de Gottingen (*De flexu menstruo atque uteri prolapsu icones*) décrit quatre cas, en 1808, et VELPEAU (*Traité complet de l'Art des Accouchements*) en décrit 15, en 1835. La préoccupation essentielle était de différencier la rétrodéviatiou des lésions tumorales et inflammatoires du petit bassin.

Reconnue, la rétroversion est accusée du même coup d'un grand nombre de maux, et les auteurs en font un tableau dramatique. Seule voix discordante, NAUCHE (*Maladies particulières aux femmes*) écrit, en 1829, que la rétroversion chez la femme non enceinte peut exister en dehors de tout symptôme. Une telle opinion, révolutionnaire pour l'époque, fut jugée entièrement fausse.

2. — **On invente de nombreuses méthodes et objets de reposition.**

On crée d'abord divers instruments :

— des sondes métalliques qui servent, introduites dans l'utérus, à le redresser (sondes de Simpson, sondes de Sims) ;

- une vessie pour dilater de dôme vaginal (Halpin) ;
- une bouteille en caoutchouc qui, gonflée après avoir été mise dans l'ampoule rectale, redressait l'utérus (Favrot).

Le pessaire finit par détrôner ces instruments. Le terme pessaire était d'abord employé pour désigner un véhicule à des médications à action vaginale (le Serment d'Hippocrate dit d'ailleurs qu'« en aucune manière je ne donnerai à un femme un pessaire abortif »).

Au temps d'Ambroise PARE, le nom est donné à divers instruments faits de métal, ivoire, bois, corne, servant à maintenir un utérus en prolapsus.

Ils furent longtemps après employés dans la rétrodéviation, et nombreux de ceux créés au siècle dernier sont encore utilisés (HODGE, par exemple).

L'emploi abusif de ces pessaires entraîna de nombreuses complications parfois graves (infections, fistules vésico-vaginales recto-vaginales, déchirures du cul-de-sac postérieur, déchirures uréthrales). Le pessaire était considéré comme un mal nécessaire.

A partir de 1881, la chirurgie entre dans l'arsenal thérapeutique de la rétroversion.

Déjà, en 1840, ALQUIE imaginait une technique apparemment ingénieuse : la traction des ligaments ronds dans leur trajet inguinal. ALQUIE fut félicité pour cette idée qui resta sans application pratique.

DENEFFE obtint l'autorisation, en 1864, de pratiquer cette intervention ; mais il ne parvint pas à trouver les ligaments ronds. La Commission Belge des Hospices jugea très sévèrement cet essai sur une femme vivante (in Pozzi).

C'est en 1880, que ALEXANDER et ADAMS réalisèrent les premiers l'idée d'ALQUIE. Ce fut un gros succès.

Il y eut à partir de cette date, une débauche de procédés chirurgicaux utilisant tous les ligaments utérins, ou même directement le col et le corps. En 1925, CROSSEN, dans « Operative Gynecology » décrivit 110 interventions ou variantes.

L'abus chirurgical devint manifeste ; une anecdote rapportée par J. CLARK (Surgery, Gynecology and Obstetrics 1915) est édifiante ; ALEXANDER devait opérer, une journée de l'année 1911, devant des chirurgiens étrangers en visite à Liverpool. Mais quatre assistants, envoyés dans les différents points de la ville, furent incapables de trouver une patiente présentant une rétroversion qui n'avait pas été opérée par la technique d'ALEXANDER...

La réaction se fit progressivement sentir et, de plus en plus, de nombreux gynécologues s'élevèrent violemment contre cette « orgie opératoire ». Chaque statistique portait sur plusieurs milliers de cas en deux ou trois ans, ce qui fut jugé à la limite de l'honnêteté.

Actuellement, le traitement chirurgical de la rétrodéviation est dans de nombreux centres en nette perte de vitesse.

Ainsi, aux Etats-Unis, le Cumulative Index of Gynecology note :

— en 1916, 11 % des articles concernaient la rétroversion ;

— en 1925, 5,7 % ;

— en 1940, 4 % ;

— en 1951, 0,8 %.

Un service hospitalier parisien avait, avant la guerre 1939-1945, 6,5 % des interventions gynécologiques qui s'adressaient à la rétroversion.

Actuellement, à la Maternité de Port-Royal, ce pourcentage est à 4 %.

Nous avons les statistiques opératoires du Stanford Lane Hospital de San Francisco. La différence est là beaucoup plus nette : entre 1926 et 1930, 4,6 % des interventions gynécologiques étaient des hystéropexies. De 1949 à 1953, le pourcentage tombe à 0,2 %.

Certes, il y a une grosse augmentation des interventions gynécologiques, mais la diminution est nette aussi en valeur absolue. Il est bon que le temps de la « fureur opératoire » soit terminé en matière de rétroversion, mais il existe au contraire actuellement un degré certain d'indifférence due, pensons-nous, à la confusion qui règne en la matière.

PARTIE CLINIQUE

**LES INDICATIONS OPERATOIRES
DES RETRODEVIATIONS UTERINES**

**Etude statistique des rétroversions
L'épreuve du Pessaire**

Il est essentiel, d'entrée, de définir les rétrodéviations étudiées :

— **Quant à leur degré**, il est bien entendu que ne nous intéressent que les rétrodéviations utérines du troisième degré avec le corps utérin perçu dans le Douglas, éliminant les utérus en position indifférente.

— **Quant à leur type** : on sait qu'il existe rétroversion et rétroflexion :

1) la rétroflexion isolée sort pratiquement du cadre de cette étude ; elle est l'apanage des rétrodéviations congénitales ou des rétrodéviations secondaires à des tumeurs pelviennes.

2) La rétroversion existe isolément mais quand elle prend une certaine importance, elle va s'accompagner de rétroflexion : en effet, lorsque le corps utérin tombe dans le Douglas, le col est projeté en avant mais est vite limité dans son déplacement par la symphyse pubienne et l'arbre urinaire. Le corps utérin au contraire ne fait qu'augmenter son déplacement avec le temps car il clive et approfondit de plus en plus le cul-de-sac péritonéal : l'agrandissement de la profondeur du Douglas est un fait majeur de la rétrodéviation utérine.

Ainsi, finalement, à la rétroversion du troisième degré s'associe le plus souvent une ouverture de l'angle cervico-corporéal, donc un certain degré de rétroflexion.

ETUDE STATISTIQUE.

Elle porte sur deux points :

— La fréquence de la rétrodéviation, symptôme **anatomique**, constaté dans une clientèle de gynécologie.

— La fréquence des formes symptomatiques et asymptomatiques.

Nous nous servirons de l'étude comparée de 3 statistiques :

— Celle d'un service parisien de gynécologie et accouchements (Maternité Port-Royal, Service du Pr. VARANGOT), portant sur 3 000 clientes de consultation ;

— Celle de la clientèle personnelle d'un gynécologue parisien portant sur 1 000 cas ;

— Celle, personnelle aussi, d'un gynécologue américain (MACFADYERS), portant sur 3 000 cas.

1° Dans la statistique hospitalière (Maternité Port-Royal) :

— Sur 3 000 consultantes de gynécologie, la rétroversion a été notée 109 fois, soit 3,6 %.

— Sur ces 109 cas, 23 étaient asymptomatiques (21 %), 86 s'accompagnaient de troubles (79 %)..

2° Dans la statistique du gynécologue parisien :

— Sur 1 000 consultantes, la rétroversion a été notée 181 fois, soit 18 % ;

— Sur ces 181 cas, 107 étaient asymptomatiques (59 %), 74 s'accompagnaient de troubles (41 %).

3° Dans la statistique du gynécologue américain :

— Sur 3 000 consultantes, la rétroversion a été notée 454 fois, soit 15 % ;

— Sur ces 454 cas, 260 étaient asymptomatiques (57 %), 194 s'accompagnaient de troubles (43 %).

Il est remarquable de voir à quel point les deuxième et troisième statistique sont comparables.

Au contraire, dans la statistique hospitalière, la rétroversion a été notée, comparativement, beaucoup moins souvent.

En comparant les 2 premières statistiques (qui sont les seules que nous connaissons bien), on s'aperçoit que cette différence, importante, tient essentiellement à un point : pour établir la statistique numéro 2, nous n'avons utilisé que les malades non enceintes, mais en tenant compte des rétroversions notées lors des visites post-natales ; et c'est, en règle à ce moment-là, qu'est constatée pour la première fois, dans l'histoire gynécologique d'une femme, la rétrodéviation utérine (47 fois dans cette statistique, soit 26 %). Dans la statistique hospitalière au contraire, il ne s'agit que des consultantes de gynécologie pure (les visites post-natales en effet sont faites dans une consultation spéciale où les dossiers ne sont pas fichés).

C'est cette différence de recrutement qui fait d'ailleurs que le pourcentage des rétroversions asymptomatiques (21 %) est beaucoup plus faible dans la statistique hospitalière que dans les deux autres : les consultations post-natales sont en effet pratiquées de façon systématique, alors que ce sont presque toujours des troubles, quels qu'ils soient, qui amènent une femme à consulter en gynécologie.

Un second point doit être noté qui a son importance : dans la statistique numéro 2, nous avons tenu compte des cas relativement fréquents (18, soit 10 %) où la rétroversion n'a été notée qu'à un examen, l'utérus ayant par la suite été retrouvé en position normale ou indifférente ; ceci n'a théoriquement rien de choquant ; l'utérus est en effet un organe **mobile** et peut être **provisoirement** basculé en arrière (il faut noter à cet égard l'importance qu'il y a à exiger la vacuité des émonctoires pelviens au cours d'un examen gynécologique). Il est quand même étonnant, et difficilement explicable, de trouver chez la même malade, et dans les mêmes conditions d'examen, un utérus en position différente à deux examens successifs !

Dans la statistique hospitalière, au contraire, hormis 2 cas, la rétroversion était constante d'un examen à l'autre.

De cette longue discussion statistique, on peut, semble-t-il, tirer deux conclusions :

1) La fréquence des rétroversions utérines est certainement grande : 15 à 20 % de la clientèle d'un gynécologue accoucheur (la rétroversion gravidique étant exclue).

2) Plus de la moitié de ces rétroversions n'ont pas d'émergence clinique.

Ce fait est extrêmement troublant : pourquoi de deux femmes présentant un utérus également rétroversé, l'une souffre et l'autre pas ? Force est d'incriminer des éléments associés :

— ceux qui peuvent être la **conséquence** de la rétroversion : congestion pelvienne, prolapsus ovarien, hypertrophie de la muqueuse ;

— ceux qui, au contraire, peuvent être à **l'origine** de la rétrodéviation : lésions de la base du Ligament Large et des Ligaments Utéro-sacrés. Nous reviendrons sur ce point important.

De toute façon, il est bien évident que ces cas asymptomatiques ne doivent donner lieu à aucun traitement. Plus encore, il faut laisser la femme dans l'ignorance de la bascule de son utérus que l'on doit considérer comme une curiosité anatomique.

Restent les femmes qui se plaignent : les symptômes sont bien connus : nous nous contenterons de les citer en donnant leur fréquence, telle qu'elle apparaît dans la statistique de Port-Royal.

— Dysparéunie profonde, permanente et maxima juste avant et au tout début des règles (76 %) ;

— Asthénie, souvent extrêmement importante, constituant une gêne considérable à la vie courante de la malade (52 %) ;

— Dysménorrhée débutant 48 heures avant les règles, avec irradiations lombaire et crurale (82 %) ;

— Des douleurs à l'orthostatisme (20 %) ;

— Ménorragies (8 %) ;

— Des troubles urinaires et rectaux (16 %).

Ces troubles peuvent atteindre une telle acuité qu'il est légitime d'essayer tous les traitements pour calmer ces malades, jusques et y compris la chirurgie. C'est ce qui est fait habituellement ; il est en effet tentant, au prix d'une intervention bénigne, de remettre l'utérus dans sa position normale.

Certains médecins, au contraire, frappés par la fréquence des rétrodéviations asymptomatiques, n'attachent aucune importance à la position de l'utérus et s'adressent à des traitements hormonaux ou physiothérapiques. En effet, les troubles éventuels ne sont nullement spécifiques : asthénie, dysménorrhée, dysparéunie, sont des symptômes d'une banalité navrante dans une consultation de gynécologie sans qu'il existe pour autant une rétrodéviation utérine associée ; de plus, on ne connaît que trop le cas de ces patientes qui, opérées pour une rétroversion alors qu'elles souffraient, voient leurs troubles réapparaître peu de temps après l'intervention, quelquefois même aggravés, ceci contrastant avec un

Il est pourtant manifestement des cas où la chirurgie a donné utérus en bonne position à l'examen gynécologique.

d'excellents résultats, d'autres où les traitements médicaux sont seuls de mise.

Comment les distinguer au départ, comment éviter les mauvaises indications dans un sens ou dans l'autre?

Il nous a paru logique de réduire pendant un certain temps la rétroversion et de juger de l'évolution des symptômes cliniques : **c'est le but de l'épreuve du pessaire.**

L'EPREUVE DU PESSAIRE.

Nous n'avons nullement la prétention d'innover en la matière, car cette épreuve est connue de nombreux gynécologues français et étrangers. Le Pr MOCQUOT lui trouvait un grand intérêt ; mais, à notre connaissance, son emploi n'a jamais encore été fait de façon systématique.

Nous avons réuni autour de nous 29 cas d'épreuves du pessaire ; la plus jeune des malades avait 23 ans, la plus âgée 50.

Instrumentation.

Le pessaire employé était constamment celui de DUMONTPALLIER, simple tore de caoutchouc fort. Il faut le prendre le plus grand possible. C'est le n° 8 que nous avons le plus souvent employé (22 fois), 5 fois le n° 6 et 2 fois le n° 9.

Indications.

Chaque fois que l'on a décidé de pratiquer l'épreuve du pessaire, il faut :

— relever avec précision les antécédents gynécologiques et surtout obstétricaux ;

— interroger avec soin les malades sur tous leurs symptômes (il est même préférable de noter, sur 10, par exemple, chaque symptôme) ;

— préciser la date d'apparition des troubles : sont-ils apparus au moment de la puberté, ou au contraire après un accouchement ?

— noter leur variation avec le temps, avec le cycle menstruel.

Il est capital de bien exposer à la consultante le principe de cette épreuve, d'insister sur son caractère temporaire. Sa simplicité séduit d'ailleurs toujours les malades.

Technique.

La rétroversion est alors réduite par le toucher pelvien associé au palper abdominal.

Cette réduction est parfois facile, souvent elle est assez douloureuse, et il faudra agir avec le maximum de douceur. Enfin, elle est quelquefois apparemment impossible. Nous reviendrons plus loin sur ce dernier cas.

Le pessaire de DUMONTPALLIER, préalablement stérilisé, est alors posé : par pression de deux doigts on transforme l'anneau que constitue le pessaire en ellipse ; une des extrémités est alors introduite dans le vagin et bloquée derrière la symphyse, l'autre extrémité va glisser sur toute la paroi vaginale postérieure pour se coïncider dans le cul-de-sac

postérieur ; le pessaire reprenant alors sa forme initiale circulaire va fixer l'utérus en antéversion, ce qu'il faut toujours vérifier à la fin de l'examen.

La femme devra garder constamment le pessaire.

Les rapports sexuels sont permis.

Les injections vaginales sont inutiles, du moins quotidiennement.

On demande à la consultante de revenir 10 à 15 jours plus tard.

Dans nos derniers cas, nous nous arrangions pour que ce délai couvre la prochaine menstruation.

Résultats.

Lorsque la consultante revient, elle est tout d'abord soigneusement réinterrogée sur tous les symptômes antérieurs (on peut les noter de nouveau pour comparer avec le premier interrogatoire) ; on s'assurera que le pessaire a constamment été gardé.

L'examen gynécologique notera essentiellement la position de l'utérus, son volume, son indolence, sa mobilité.

Au bout de cet examen, la conclusion peut être généralement tirée, 3 cas sont à envisager :

- les succès ;
- les échecs ;
- les cas douteux.

Les succès : ils sont en général spectaculaires. Il n'est pas rare que la malade bien avant l'expiration du délai manifeste sa joie d'être d'un seul coup guérie de ses troubles. Les douleurs, les pesanteurs, l'asthénie importante ont disparu. La malade peut de nouveau vaquer à ses occupations, s'occuper de sa maison, en un mot « remplir son métier de femme » ; et, repoussant tous ses projets immédiats, elle demande qu'une intervention chirurgicale sanctionne définitivement cette guérison.

Madame L..., 25 ans. Une grossesse normale en 1952 ; un avortement en 1955.

Depuis cette date, elle se plaint de douleurs continues hypogastriques à irradiations crurales et lombaires ; seule la position couchée la calme. Les rapports sont très douloureux ; elle a maigri, est constamment fatiguée.

L'examen trouve un utérus en rétroversion complète. Une épreuve du pessaire est décidée. La malade téléphone deux jours après pour manifester sa joie de ne plus ressentir aucun trouble. Elle réclame l'intervention chirurgicale et exige de garder le pessaire jusque-là.

L'intervention montre l'existence d'un syndrome d'Allen et Masters. La malade sort de l'hôpital guérie, anatomiquement et cliniquement.

Nous avons relevé 9 succès ; ici pas de problème : l'indication opératoire est évidente. Il est remarquable de constater que chez ces 9 femmes les troubles étaient tous secondaires, apparus après un accouchement ou un avortement.

Les échecs : le délai écoulé, la femme, désillusionnée, revient consulter ; aucun de ses troubles n'a disparu, ni même diminué en intensité.

Nous en avons 12 cas :

— Dans 2 cas, l'examen gynécologique montrait que, malgré le pessaire, l'utérus s'était remis en rétroversion ; l'épreuve n'était donc pas concluante, mais les malades n'ont pas accepté, du moins immédiatement, de la recommencer avec un autre pessaire, redressant mieux l'utérus.

— Dans 10 cas, l'échec clinique contrastait avec un utérus en bonne position : ici la rétroversion n'était pas en réalité la cause des troubles dont se plaignait la malade. Il faut alors chercher d'autres causes. Dans 2 cas, une intervention ultérieure trouvait une endométriose ; les 10 autres n'ont encore actuellement pas de diagnostic ferme ; elles se sont presque toutes dirigées vers la médecine psycho-somatique.

Madame D..., 27 ans. Une grossesse normale en 1956.

Elle présente depuis son adolescence une dysménorrhée importante du premier jour. Après son mariage en 1955, ce symptôme diminue en intensité, pour réapparaître après son accouchement, en même temps qu'une dysparéunie. La malade se plaint, de plus, d'une asthénie modérée.

L'examen clinique ne permet de trouver qu'une rétroversion du 3^e degré. Une épreuve du pessaire est proposée ; elle s'avère entièrement négative. Une hystérogaphie faite peu après ne montre rien d'anormal.

Nous perdons alors la malade de vue pendant 8 mois. Elle revient consulter pour les mêmes troubles. Une laparotomie est décidée, qui permet de trouver une endométriose ovarienne gauche avec quelques noyaux sur le rectum. On pratique une résection ovarienne partielle et la malade est mise à l'hormone mâle. Les symptômes ont considérablement diminué en intensité.

Il est remarquable de constater que dans ces 12 cas, 8 présentaient la majorité de leurs troubles depuis l'âge de 18 ans ; il nous paraît vraisemblable que chez ces 8 femmes, les troubles précédaient la rétroversion, et que cette dernière n'ajoutait en fait rien au tableau symptomatique.

Les cas douteux : 8 femmes, au bout de 10 jours de l'épreuve du pessaire, sentent une amélioration sur certains points : les douleurs orthostatiques sont moins violentes mais n'ont pas disparu, l'asthénie a légèrement diminué. Quelquefois, des troubles nouveaux sont apparus ; certains comme une discrète leucorrhée ou une sensation de brûlure vaginale peuvent être mises sur le compte du pessaire et n'ont, par conséquent, aucune importance. D'autres, comme les algies pelviennes localisées ou les céphalées, ne font qu'ajouter à l'impression générale que la rétroversion n'était à l'origine que d'une partie des symptômes cliniques.

Dans ces cas douteux, nous avons 2 fois prolongé l'épreuve du pessaire sans qu'aucune conclusion ne puisse être tirée au bout de ce nouveau délai de 15 jours.

6 fois, nous avons pratiqué une contre-épreuve, le pessaire a été retiré, la malade étant invitée à revenir dans un délai de 4 à 6 semaines. Finalement, sur ces 8 cas, 2 ont été opérés avec un résultat moyen. Les 6 autres femmes se sont dirigées vers la médecine psycho-somatique.

En conclusion, par cette épreuve du pessaire, très simple à réaliser cliniquement, la rétroversion a pu être jugée à l'origine des troubles de façon indiscutable dans 9 cas. Les cas douteux doivent finalement être

considérés comme des échecs, ceux-ci se montant donc à 20 cas. Si, dans 2 cas, une intervention a été pratiquée pour corriger la rétroversion, en fait ces échecs doivent échapper à l'acte chirurgical.

Il reste un cas particulier à envisager : la rétroversion ne peut être réduite par les moyens habituels. Soit parce que les manœuvres sont trop douloureuses, soit parce que l'utérus est bloqué par des adhérences dans le Douglas. Cela a été le cas de 3 femmes. Pour distinguer entre ces deux éventualités, il faut proposer un examen sous anesthésie générale.

— Dans 2 cas, la réduction sous anesthésie est facile. Le pessaire est alors posé et on est ramené à la technique précédente. En fait, dans ces 2 cas, l'épreuve du pessaire a été un succès et l'intervention chirurgicale fut légitimement proposée; elle objectiva à chaque fois, l'existence d'un syndrome d'ALLEN et MASTERS.

Madame J..., 27 ans, se plaint depuis son accouchement, il y a 8 mois, de douleurs hypogastriques continues, à renforcement menstruel, ce qui joint à des céphalées menstruelles et des ménorragies importantes, fait particulièrement redouter à la malade la période des règles.

L'examen montre un utérus manifestement gros, douloureux, en rétroversion complète. Une épreuve du pessaire est proposée; mais, malgré toute la douceur possible, on n'arrive pas à redresser le corps utérin.

La malade, après beaucoup de réticences, accepte un examen sous anesthésie. Avec beaucoup de mal la rétroversion est corrigée, et un pessaire maintient l'utérus en bonne position.

La malade se sent transformée. Les douleurs ont disparu. Au moment des règles tant redoutées, elle ne ressent qu'un léger endolorissement, et les règles ne durent que 4 jours.

Une intervention chirurgicale est pratiquée : il existe un syndrome d'Allen et Masters, et l'intervention guérit la malade (recul de 5 mois).

— Dans 1 cas, la rétroversion s'est montrée irréductible même sous anesthésie. Il est logique de penser que cette rétroversion était fixée par les adhérences, ce qui fait que, en principe, elle sort du cadre de nos rétroversions isolées. N'est-on pas passé à côté de lésions tubaires infectieuses, d'une tuberculose génitale? L'intervention est ici valable; dans notre cas, l'intervention a montré des adhérences fibreuses ayant suivi une appendicectomie banale à froid sans complications post-opératoires immédiates.

Le pessaire peut-il constituer à lui seul toute la thérapeutique?

Nous n'avons jamais employé le pessaire comme moyen de contention permanent, contrairement à certains auteurs anglo-saxons. Ces derniers ont publié des cas de guérison après l'emploi prolongé du pessaire (cures de 2 mois fréquemment répétées). Sans avoir l'expérience de cette technique, on peut présenter trois objections :

— La femme accepte quelquefois difficilement de garder un pessaire 15 jours; il nous semble que beaucoup, du moins en France, refuseront de le garder deux mois.

— Il s'agit presque toujours d'une femme jeune et l'intervention chirurgicale, si elle est indiquée, est particulièrement bénigne.

— Enfin, comme nous le verrons plus loin, la mise en place de l'utérus peut ne pas suffire à guérir ces malades, s'il persiste la lésion causale.

Dans un autre ordre d'idées, certains gynécologues français emploient systématiquement le pessaire lorsque, après un accouchement, une femme présente un utérus en rétroversion. La pose d'un pessaire pendant 6 semaines, accompagnant une cure par utéro-constricteur et des exercices spéciaux (repos à plat ventre, position gémipectorale 1/4 d'heure 2 fois par jour) aurait permis de ramener l'utérus dans sa position en antéversion normale. Il s'agit là d'une véritable prévention de la rétroversion. Nous n'en avons pas l'expérience personnelle, et cette étude sort du cadre de la question.

En conclusion, seule l'épreuve du pessaire permet selon nous, d'affirmer sans discussion le rôle certain de la rétroversion utérine dans la genèse des troubles présentés par les malades.

Cette technique a un autre avantage non négligeable : elle peut être employée d'emblée chez les femmes avant tous les autres traitements possibles, symptomatiques ou endocriniens, alors que si l'on veut se passer de ce moyen simple il faut d'abord explorer et traiter toutes les causes possibles de troubles avant de proposer une intervention chirurgicale ; et même ainsi, combien de fois un échec post-opératoire prouve trop tard, que la rétroversion n'était pas à l'origine des troubles.

PARTIE CHIRURGICALE

**LES INDICATIONS
DES DIFFERENTES TECHNIQUES OPERATOIRES**

Nous avons déjà, dans l'introduction de cette thèse, évoqué la multiplicité des techniques chirurgicales s'adressant à la rétrodéviation utérine; la lecture des livres de compte rendus opératoires d'un service de gynécologie parisien est très instructive à cet égard; d'une malade à l'autre, les techniques diffèrent complètement ou, au contraire, par un détail minime, et rien dans chaque cas particulier ne semble expliquer et justifier ces différences.

Une telle lecture appelle une autre remarque importante; on s'aperçoit que, souvent, une technique visant à supprimer une rétrodéviation utérine fait partie d'une intervention gynécologique complexe : ablation d'un myome, résection ovarienne, plastie tubaire, résection du nerf présacré, appendicectomie. Cette espèce de « bricolage » chirurgical, cette véritable « révision » de l'appareil génital n'est nullement blamable et témoigne au contraire de la tendance conservatrice de la chirurgie gynécologique actuelle; mais l'élément rétroversion est ici noyé, et l'appréciation des résultats post-opératoires trop aléatoire; raccourcir des ligaments ronds à la fin d'une intervention gynécologique complexe est une chose, opérer une femme qui souffre avec, comme seul objectif, la guérison d'une rétroversion en est une autre. Le dernier cas est seul valable dans l'étude des résultats du traitement chirurgical de la rétrodéviation utérine.

Ceci posé, la variabilité des techniques chirurgicales employées s'explique fort bien : on méconnaît la cause de la rétroversion et, partant, les interventions n'ont aucune visée pathogénique.

Pourtant, l'étude de l'anatomie, les résultats remarquables obtenus dans l'état de rétroversion associée au prolapsus par les procédés de MANCHESTER ou de SHIRODKAR, la connaissance du syndrome décrit par ALLEN et MASTERS permettent, pensons-nous, de définir une nouvelle orientation chirurgicale en matière de rétroversion.

ETUDE ANATOMIQUE

Pour CROSSEN, l'appareil de soutien de l'utérus peut être décrit en trois étages :

L'étage inférieur : il est représenté par le périnée, c'est-à-dire le releveur (par l'intermédiaire du vagin), et le noyau fibreux central.

Les lésions de cet étage, consécutives à l'accouchement, donnent des déroulements vaginaux, des prolapsus.

L'étage moyen : il est représenté par le tissu fibreux juxtacervical et le péritoine qui le recouvre.

Les formations fibreuses juxta-cervicales comprennent :

— Les ligaments utéro-sacrés, vastes lames tendues de l'isthme utérin à la face antérieure du sacrum,

— Le tissu fibreux de la base du ligament large, le paramètre, que les anglo-saxons appellent « cardinal » ligament, ligament de Mackenrodt.

Le péritoine qui recouvre ces ligaments constitue le cul-de-sac de Douglas.

Des lésions de ces formations après un accouchement permettent à l'utérus (grâce souvent aussi à une mauvaise involution) de basculer en arrière. Les cas décrits par ALLEN et MASTERS en apportent la preuve formelle.

L'étage supérieur, est intra-péritonéal : ligament infundibulo-ovarien, partie haute mobile du ligament large, ligament rond surtout.

Leur rôle est des plus mince.

LE CHOIX DES TECHNIQUES.

Sur ces bases, nous avons cherché en dehors des techniques habituelles s'adressant presque toutes à l'étage supérieur intra-péritonéal : procédés de pexie directe, surtout procédés utilisant les ligaments ronds.

Tout en reconnaissant que les ligamentopexies peuvent dans de nombreux cas avoir de très bons résultats, on peut objecter :

— L'absence de toute visée pathogénique : la ligamentopexie peut corriger la rétroversion, elle ne la guérit pas ; c'est ce qui explique :

— L'existence d'échecs anatomiques : récidives de la rétroversion ; la solidité des ligaments ronds a été insuffisante pour empêcher les mêmes causes, persistantes, de reproduire le même effet.

— L'existence d'échecs cliniques : douleurs pariétales dues à la traction des ligaments, quelle que soit la variante technique.

— L'existence de complications : non pas tout les complications occlusives post-opératoires, et les complications obstétricales, à la vérité assez rares, que l'élytrocèle due à la persistance et même à l'exagération de la profondeur du cul-de-sac de Douglas.

Nous avons cherché à employer des techniques s'adressant à l'étage moyen :

— Cloisonnement du Douglas,

— Douglasectomie,

— Création de néo ligaments utéro-sacrés,

— Recherche et réparation de lésions objectives trouvées à l'examen après laparotomie.

Nous discuterons d'abord de chaque intervention et des résultats qu'elle nous a donnés pour traiter plus loin un chapitre de technique pure.

Le cloisonnement de Douglas.

Il a été inventé par MARION et remis en honneur par M. MERGER.

Il a deux effets, comme l'a bien dit et montré M. MERGER : d'une part, il supprime cette énorme poche postérieure, véritable « chambre à louer », d'autre part en ramenant l'isthme utérin en arrière

contre le rectum, il crée des adhérences postérieures équivalant en somme à des ligaments utéro-sacrés.

M. MERGER en a apporté de très nombreux cas suivis de succès remarquables.

La Douglastomie.

Elle constitue une amélioration de la technique précédente dont elle corrige en effet les deux défauts essentiels : d'une part de laisser un péritoine malade, souvent congestif (et on a décrit des kystes péritonéaux entre les différents étages du cloisonnement), d'autre part, de créer des adhérences qui sont uniquement péritonéales, donc quelquefois labiles (expliquant les récives, ce qui est à rapprocher des cas de retour à l'état antérieur après opération de Noble).

Nous avons relevé autour de nous, 12 cas de Douglastomies. L'examen de ces malades, effectué avec un recul variable de deux mois à deux ans après l'intervention, permet de constater : 10 succès. L'utérus est en parfaite antéversion (5 fois), ou en position indifférente (5 fois).

2 échecs. La rétroversion fut de nouveau constatée trois mois après l'intervention. Nous essayons d'en donner les causes dans le chapitre de la technique opératoire.

Création de néo ligaments utéro-sacrés.

Le principe a été proposé en France par M. AMELINE et M. HUGHIER, surtout d'ailleurs pour le traitement des prolapsus du col restant ou du dôme vaginal après hystérectomie. Nous employons une variante consistant à fabriquer un ligament d'emblée sous-péritonéal, avec un fil non résorbable.

Nous avons 4 cas. Ils ont, les 4, été suivis de succès clinique et anatomique constatés après un recul allant de 3 mois à 3 ans.

Recherche et réparation de lésions objectives.

Ceci reste évidemment, quelle que soit la partie du corps intéressée par l'intervention, l'idéal du chirurgien.

Or, ALLEN et MASTERS, dans un article capital paru dans l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, rassemblent 23 cas d'un syndrome caractérisé :

Cliniquement :

— Par une rétroversion utérine du troisième degré avec tout son cortège fonctionnel, poussé le plus souvent à son maximum ;

— Par un col extrêmement mobile (baptisé col en joint universel : universal-joint cervix), véritable signe de Hégar en dehors de la grossesse ;

— Le tout ayant débuté après un accouchement bien précis, souvent dystocique.

Anatomiquement, par une déchirure uni- ou bilatérale de la base du ligament large intéressant aussi bien le tissu fibreux que le péritoine qui le recouvre, c'est-à-dire la base du feuillet postérieur du ligament large ; parfois cette déchirure s'est propagée au ligament utéro-sacré ;

les vaisseaux utérins, au niveau de leur coude, sont flexueux et font hernie à travers la brèche fibreuse et péritonéale ; un épanchement liquidien est pratiquement constamment trouvé dans la cavité abdominale (50 à 100 cc).

Fait capital, la cure chirurgicale de ces lésions entraîne la guérison :
— anatomique, car l'utérus se met dans une position normale ;
— clinique, disparition de tous les troubles.

Ces faits nous ont beaucoup frappés, et dans le service du Pr VARANGOT, nous avons pu relever 10 cas d'un tel syndrome ; certaines de nos observations étant particulièrement récentes, les résultats ne peuvent être jugés de façon définitive, mais ils semblent encourageants.

Le tableau est à la fois remarquablement univoque et extrêmement banal.

Depuis un accouchement, la malade présente une rétroversion utérine importante avec très gros troubles fonctionnels, gênant considérablement son activité habituelle : elle ne peut plus remplir « son métier de femme ». La mobilité anormale du col n'a par contre été relevée que trois fois.

L'épreuve du pessaire est littéralement bouleversante pour la malade qui se sent très soulagée, peut avoir une vie normale, et réclame alors énergiquement, toute autre occupation cessante, une intervention chirurgicale. L'indication opératoire se trouve alors parfaitement justifiée.

A la laparotomie, l'utérus violacé, augmenté de volume, est basculé dans le Douglas. En le redressant, on constate l'existence d'un épanchement liquidien discret. L'examen soigneux de la base du ligament large permet alors de trouver d'un côté ou des deux, une déchirure souvent importante (par où vraisemblablement s'écoula imperceptiblement le liquide séreux).

La suture en deux plans, l'un fibreux, l'autre péritonéal, va suffire à amener l'utérus en position normale ; il est diminué souvent d'un bon tiers de son volume pendant l'opération. A sa sortie de l'hôpital, la femme constate qu'elle est considérablement soulagée et l'utérus va garder la position en antéversion qu'il avait en fin d'intervention.

On admettra sans peine que de telles observations sont particulièrement éloquentes.

Pourquoi n'a-t-on jamais constaté auparavant de telles lésions, si celles-ci apparaissent opératoirement si évidentes ? Sans doute parce que l'inspection de la base du ligament large après laparotomie ne se fait pas systématiquement ; et il faut les rechercher avec soin car elles ne s'imposent pas à l'inspection, étant postérieures, cachées derrière l'arbre génital ; d'autant qu'ALLEN et MASTERS signalent des cas où il n'existe, comme seule lésion péritonéale, des érosions en tête d'épingle ; mais si on incise le péritoine à ce niveau, on s'aperçoit que le tissu fibreux s'est complètement rétracté de chaque côté. Nous n'avons aucun cas de ces cryptodéchirures.

Ainsi, gros utérus rétroversé, épanchement liquidien, voilà des constatations assez banales lors d'une intervention gynécologique. Mais les lésions qui en sont l'origine ont été souvent méconnues, à moins qu'on y ait attaché peu de valeur (dans une observation ancienne, de telles lésions avaient été soigneusement décrites, mais aucune conclusion n'avait été tirée. Une ligamentopexie fut pratiquée).

Il est évident qu'une ligamentopexie banale peut soulager de telles patientes en supprimant la rétroversion. Mais deux objections viennent à l'esprit :

— D'une part, une telle lésion de l'appareil de soutien de l'utérus tend à reproduire la rétroversion. Si les ligaments ronds ne sont pas très solides, ce qui est souvent le cas, la rétroversion se reproduit ; ceci explique certainement une grosse partie des échecs anatomiques des ligamentopexies ;

— D'autre part, comme le font remarquer ALLEN et MASTERS, l'épanchement liquidien persiste, entretenu par la déchirure non séparée qui se comporte comme une véritable blessure. Cet épanchement peut être responsable d'une certaine congestion du péritoine pelvien, elle-même à l'origine de douleurs persistantes (échecs cliniques).

Nous pensons d'ailleurs qu'un tel syndrome dépasse le problème de la rétroversion : nombre de femmes présentent des algies pelviennes importantes, à l'orthostatisme, souvent depuis un accouchement, constituant une gêne considérable à leur activité. **Il n'existe pas encore de rétroversion vraie** (l'utérus est en position indifférente) peut-être à cause de la tonicité des ligaments ronds.

Or, quelques-unes de ces femmes sont très soulagées par le port d'un pessaire, et l'intervention permet d'objectiver les lésions décrites par ALLEN et MASTERS (nous en avons 2 cas qui ne font pas partie de cette statistique car il n'y a pas de rétroversion). Peut-être de tels cas auraient-ils évolué vers la rétroversion.

Souvent ces femmes sont traitées comme des « fonctionnelles », on parle de troubles psycho-somatiques ; alors qu'une intervention chirurgicale s'adressant à des lésions objectives permet de les guérir.

A la lumière de ces faits, nous avons été très intéressés par deux articles récents français.

L'un était de ROUX, MARCHAL et BAUMEL (Montpellier) : ces auteurs guérissent les algies pelviennes par cloisonnement étendu du Douglas, excluant la cavité pelvienne, complété par une intervention de Baldy-Dartigues, et même par un Pestalozza. En réalité, n'existait-il pas des lésions de la base du ligament large ?

J. MOGNETTI, médecin en pays minier, publie un nombre important de cas, intéressant surtout des femmes de mineurs, qui n'ont été soulagées de leurs douleurs pelviennes qu'après une hystérectomie, alors que certaines avaient subi auparavant en vain une ligamentopexie ou une résection ovarienne. Là encore, n'a-t-on pas méconnu des lésions de la base des ligaments larges ?

Répetons-le encore, nous avons été frappés par ce syndrome

d'ALLEN et MASTERS : satisfaction pour l'esprit d'avoir à réparer des lésions précises, objectives, de l'appareil génital, constance des bons résultats.

Il nous semble que ces cas doivent être fréquents, et il en est de cette matière comme de tant d'autres : une fois l'attention attirée sur ces lésions, on en trouvera de plus en plus.

Reste à discuter de la solidité de la réparation chirurgicale, et en particulier du rôle d'un accouchement ultérieur sur cette cicatrice fibreuse. Là, nous manquons de recul. ALLEN et MASTERS ont 6 cas d'accouchement après intervention, caractérisés par une eutocie complète et l'absence de récurrence de la maladie. Nous n'avons autour de nous qu'un cas de femme opérée du syndrome d'ALLEN et MASTERS, et elle est actuellement enceinte.

LES TECHNIQUES CHIRURGICALES.

Le cloisonnement du Douglas.

La technique a bien été décrite par M. MERGER.

La Douglaséctomie.

Cette technique est relativement simple et absolument pas hors de proportions avec la maladie à traiter (du moins si l'indication opératoire a été correctement posée.

Après incision médiane (préférable à l'incision de Pfannenstiel) on résèque le péritoine pelvien :

- Latéralement, au-dessous d'une ligne sus-jacente aux uretères ;
- En arrière, la limite de la résection est haute latéralement, basse sur la ligne médiane, en aile de papillon (de façon à respecter le méso-rectum et la paroi rectale à laquelle le péritoine adhère fortement) ;

- En avant, la résection intéresse la partie basse du feuillet postérieur du ligament large et la face postérieure de l'isthme et du vagin jusqu'au fond du cul-de-sac.

L'essentiel est de rester constamment contre la séreuse et de ne poursuivre la résection péritonéale que lorsque le feuillet est à chaque fois bien dénudé, bien dégraisé, les ciseaux se voyant par transparence à travers la séreuse.

La fermeture de la brèche est facile par des points antéropostérieurs au nylon fin. Elle se fera à l'aiguille sertie. Latéralement, cette fermeture se fait bord à bord ; sur la ligne médiane, on suture le péritoine de la face postérieure de l'isthme au péritoine de la face antérieure du rectum en excluant de la cavité péritonéale une languette de la séreuse rectale, à la partie basse de l'ampoule. C'est là qu'est le point faible de la technique, car les adhérences sur la ligne médiane peuvent quelquefois être faibles, intéressant une séreuse ; c'est ainsi que l'on peut peut-être expliquer l'échec de 2 de nos douglasectomies. Nous n'avons eu aucun incident technique hormis une ouverture lenticulaire du rectum (suturée sans complication ultérieure) lorsque, au début, nous tâchions d'enlever

le maximum de péritoine rectal. Nous avons, dans 1 cas, utilisé un drainage aspiratif du décollement post-opératoire.

Les suites post-opératoires ont toutes été sans incidents, si ce n'est dans 5 cas une température à 38° pendant 4 ou 5 jours. Vraisemblablement due à l'hématome sous-péritonéal. Il n'y a jamais eu de suppuration tant pariétale que du cul-de-sac de Douglas.

Création de néo-ligaments utéro-sacrés.

Le principe est de fabriquer un ligament sous-péritonéal avec un fil non résorbable. (STOESSER, de New-York, publie une technique utilisant une bandelette fibreuse du grand oblique ; SHIRODKAR a publié lui aussi une technique analogue).

Après avoir recliné à gauche le rectum, on incise transversalement sur 3 cm le péritoine pariétal postérieur, peu au-dessous du promontoire, comme pour faire une résection du nerf pré-sacré.

Une pince de Kelly, va, sous-péritonéale, se diriger vers l'isthme utérin et saisir une extrémité d'un fil de nylon dont l'autre extrémité a préalablement été fixée à l'isthme utérin. Après traction convenable, cette extrémité est fixée au périoste du promontoire. On peut, si on le désire, terminer par une résection du nerf pré-sacré.

Nous n'avons eu aucun incident per-opératoire.

Réparation des lésions dans le syndrome d'ALLEN et MASTERS.

Le premier point est de ne pas méconnaître une déchirure, essentiellement lorsque la lésion fibreuse se trouve sous un péritoine apparemment intact présentant uniquement des érosions en tête d'épingle. Il faut alors inciser le péritoine pour mettre en évidence la déchirure fibreuse. Dans les cas que nous avons traités les déchirures étaient toujours nettes.

Quoi qu'il en soit, on se trouve devant une plaie à la fois péritonéale et fibreuse. Il faut alors bien décoller le péritoine à partir de la brèche et le disséquer du tissu fibreux assez loin latéralement. L'uretère est en général plus bas, mais il faut agir avec précaution, et au moindre doute le repérer.

La réparation est le temps important. Il faut d'abord suturer la brèche fibreuse par des points au catgut 0. Si le bord utérin de cette brèche est facilement reconnu, il faut quelquefois rechercher près de la paroi pelvienne l'autre berge, en essayant de reconnaître à la pince à disséquer un tissu fibreux solide. Mais comme l'ont signalé ALLEN et MASTERS, la suture étant terminée au point séparé catgut 0, il n'y a jamais de traction excessive et l'utérus reste dans le plan médian. Surtout il a pris une position en antéversion normale. Si on essaie de le basculer en arrière, il revient aussitôt en avant.

La suture péritonéale, elle, ne pose aucun problème (il y a même du tissu en excès) et se fait au point séparé catgut 00.

Il faut toujours examiner le ligament large opposé, les lésions étant parfois bilatérales (2 cas dans nos observations).

Nous n'avons jamais eu d'incidents per-opératoires.

Les suites post-opératoires ont toujours été normales.

TACTIQUE OPERATOIRE

Quelle est l'attitude à adopter après laparotomie pour rétroversion utérine ?

Il faut tout d'abord examiner soigneusement l'appareil génital ; éliminer évidemment toute lésion méconnue se surajoutant à la rétroversion utérine ; endométrioses, kystes de l'ovaire, fibromes, dont le traitement devient le point essentiel de l'intervention ; examiner l'appendice ; en un mot s'assurer qu'il s'agit bien d'une rétrodéviation utérine isolée.

L'examen du Douglas est un temps essentiel : profondeur et ampleur, existence éventuelle d'un épanchement liquidien, juger de la valeur des ligaments utéro-sacrés, d'une façon fort superficielle en vérité, par leur épaisseur et l'importance de leur saillie.

Il faut rechercher avec attention les lésions du tissu fibreux de la base du ligament large, évidentes parfois, difficiles à reconnaître dans d'autres cas. S'il existe de telles lésions, elles seront évidemment réparées, et là s'arrêtera l'intervention.

Si elles semblent absentes, on peut alors soit faire une dougla-sectomie si le cul-de-sac est très profond, soit dans le cas contraire fabriquer un néo-ligament utéro-sacré.

Certains ont même pratiqué des interventions combinées : réparations ligamentaires en cas de syndrome d'ALLEN et MASTERS, suivie d'une douglasectomie.

CONCLUSIONS

208

La question des rétrodéviations utérines est actuellement au second plan de l'actualité gynécologique. Cette désaffection est certainement due à l'imprécision qui reste sur plusieurs points.

Historiquement, cette attitude s'explique fort bien. La rétroversion a d'abord longtemps été méconnue, puis traitée pendant le XIX^e siècle par des moyens mécaniques divers. A partir de 1881, s'ouvre l'ère du traitement chirurgical de la rétroversion utérine, ce qui entraîne :

- d'une part, un abus manifeste dans les indications opératoires ;
- d'autre part, l'apparition d'un nombre étonnant de techniques chirurgicales.

Par réaction, les gynécologues s'intéressent actuellement peu au problème de la rétroversion.

Nous avons voulu étudier la question des indications chirurgicales, c'est-à-dire :

- sur le plan clinique, les indications opératoires ;
- sur le plan chirurgical, les indications des différentes techniques.

Sur le plan clinique, limitant le problème à celui des rétroversions isolées, non congénitales, non gravidés, le fait dominant est le suivant : beaucoup de femmes, se plaignant de troubles gynécologiques non spécifiques, présentent une rétroversion. **Quelle est la part de cette rétroversion dans la génèse des troubles ?**

Une étude statistique éclaire un peu le problème. Nous avons étudié trois statistiques portant :

- la première, sur 3 000 clientes de consultation de gynécologie à la Maternité de Port-Royal ;
- la deuxième, sur 1 000 clientes personnelles d'un gynécologue parisien ;
- le troisième, sur 3 000 clientes personnelles d'un gynécologue américain.

Il en ressort :

- tout d'abord, que la rétroversion est un symptôme retrouvé fréquemment dans la clientèle d'un gynécologue-accoucheur : 15 à 20 % des consultantes ;
- ensuite, que les formes silencieuses représentent la majorité des cas (50 à 60 %).

Reste le problème des formes symptomatiques ; pour prouver de façon formelle, le rôle de la rétroversion dans la génèse de ces troubles, il est logique de vouloir réduire temporairement cette rétroversion pour

juger de l'évolution : c'est le but de l'épreuve du pessaire.

Pratiquée avec le pessaire de DUMONT-PALLIER, la technique est simple et l'épreuve dure de dix à quinze jours. Nous en apportons 29 cas.

Nous avons :

— 9 succès, en général, spectaculaires. La chirurgie peut à juste titre, sanctionner cette guérison temporaire ;

— 12 échecs, soit que l'utérus retombe en rétroversion malgré le pessaire (2 cas), soit que la réduction de la rétroversion n'amène aucune disparition des troubles (10 cas) ;

— 8 cas douteux, où il n'y a qu'une simple amélioration, les malades doivent être revues, au besoin soumises à une contre-épreuve (ablation du pessaire). On doit, en fait, les considérer comme des échecs.

Nous avons, en plus, 3 cas où la rétroversion ne put être réduite cliniquement. L'examen sous-anesthésie, nous a permis de réduire la rétroversion deux fois ; le troisième fut un échec. Ces 3 cas furent opérés.

Sur le plan chirurgical, rejetant les ligamentopexies (tout en reconnaissant qu'elles donnent fréquemment de bons résultats), nous avons cherché à pratiquer des interventions à visée pathogénique, s'adressant à la cause même de la rétroversion.

Or, celle-ci semble due à des lésions du tissu de soutien de l'utérus : tissu fibreux juxta-cervical (paramètre et ligaments utéro-sacrés), et nous avons exécuté un certain nombre de techniques ; pour chacune d'elles, nous avons présenté un certain nombre de cas en donnant le nombre de nos succès et de nos échecs.

Il s'agit de :

- la Douglasectomie ;
- la construction de néo-ligaments utéro-sacrés ;
- la réparation de lésions de la base du ligament large telles qu'elles ont été décrites par ALLEN et MASTERS ; cette simple réparation suffit à assurer une guérison anatomique et clinique.

Quant au choix entre les différentes techniques, il peut être senti cliniquement, il ne se fera efficacement qu'à ventre ouvert.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEN et MASTERS. — A.J.O.G., septembre 1955 : Traumatic laceration of uterine support.

FLUHMANN (Stanford University of San Francisco). — Bull. of John Hopkins Hospital., février 1955 : Operative suspension for uterine retrodisplacement.

CROSSEN. — Operative Gynecology.

Mac FADYERS (St. Paul Hospital), A.J.O.G. — Février 1955 : Uterine Retrodisplacement in private practice.

MERGER. — Bull. de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, juillet 1954 : Traitement chirurgical de la rétroversion utérine. Résultats éloignés de l'oblitération du Douglas.

STOESSER. — (New-York). Surgery Gynecology and Obstetrics, novembre 1955 : Construction of a sacro-cervical ligament for uterine suspension.

SHIRODKAR. — Revue française de Gynécologie et Obstétrique, novembre-décembre 1954 : Construction d'un néo-ligament utéro-sacré.

ROUX, MARCHAL et BAUMEL. — (Montpellier). Presse Médicale, 25 janvier 1958 : Les troubles de la statique pelvienne en dehors des prolapsus externes.

MOGNETTI. — (Auchel). Revue française de Gynécologie et Obstétrique, février 1958 : Perspectives de la chirurgie conservatrice dans le traitement des algies pelviennes en pays minier.

Vu :
Le Doyen
L. BINET

Vu :
Le Président
de thèse
VARANGOT

Vu
et permis d'imprimer
le Recteur
de l'Université de Paris
Le Vice-Président du conseil
de l'académie de Paris :
SARRAILH

ACHEVE D'IMPRIMER
SUR LES PRESSES DE
L'IMPRIMERIE PELLETIER
A NOISY-LE-SEC

